



辉瑞生物科技有限公司的COVID-19疫苗接种同意书 适用于18岁以下的人士

1 儿童信息（请工整书写）：

儿童姓名（姓氏，中间名，名字） _____ 出生日期（月/日/年） _____

街道地址 _____ 所在城市 _____ 所在州 _____ 邮政编码 _____

电话号码 _____

2 关于辉瑞公司（Pfizer）COVID-19疫苗的风险和好处的信息

美国食品和药物管理局（FDA）已批准紧急使用辉瑞疫苗，以预防12岁及12岁以上的儿童感染COVID-19。FDA尚未批准任何预防COVID-19的疫苗。欲了解更多关于辉瑞疫苗的风险、好处和副作用，请阅读[适用于接受服务者和护理人员的情况说明书](#)。

3 同意书

我已阅读并理解了上述第二部分中关于辉瑞疫苗的风险和好处的信息。我同意：

1. 我是上述儿童的父母或法定监护人，从法律角度而言，我有权同意给他/她/他们接种辉瑞疫苗。
2. 我明白，如果上述儿童年龄在 12 至 15 岁之间，在他们接种疫苗时，必须有一名负责任的成年人在场。如果父母或法定监护人不能陪同儿童，我同意以下指定的成年责任人陪同他们。我明白这位成年人必须出示带有照片的身份证件（ID）。*
3. 我明白，如果上述儿童的年龄为 16 岁或 17 岁，则建议儿童在接种疫苗时有父母、法定监护人或负责任的成年人在场。我明白，在我同意的情况下，无论我是否在场，孩子都将接种辉瑞 COVID-19 疫苗。
4. 我明白，根据加州法律（《健康与安全法规》，第 120440 节）的要求，所有的免疫接种都将报告给[加州免疫登记处](#)（CAIR2）。我知晓儿童的 CAIR2 记录中的信息将与当地的卫生部门和加州的公共卫生署共享。此等信息应将被视为保密医疗信息，且仅在用于相互分享或法律允许的情况下使用。我可以拒绝允许进一步共享信息，并且可以通过提交[锁定我的 CAIR 记录的请求表](#)，来要求锁定 CAIR2 记录。
5. 我明白，通过签署此同意书，我将允许洛杉矶县和参与疫苗接种的合作伙伴就疫苗相关事宜提醒和访问儿童的电子疫苗接种记录与我联系。





辉瑞生物科技有限公司的COVID-19疫苗接种同意书 适用于18岁以下的人士

6. 我明白，我将不必支付疫苗本身或接种疫苗的费用。如果我有健康保险，我知道我的保险公司可能会承担接种疫苗的费用。

我在此同意，为本同意书开头所指明的儿童接种辉瑞生物科技有限公司的COVID-19疫苗，并已仔细阅读并同意本同意书中包含的信息。

父母或法定监护人姓名（姓氏，中间名，名字）

签名

日期

地址（如与上述列出地址不同，请在此填写）

电话号码（最好填写手机号码）

与儿童的关系

仅适用于12至15岁的没有父母或法定监护人陪同的青少年：

同意陪同儿童的成年责任人的姓名

我是一个独立自主或自给自足的未成年人，或已婚/之前结过婚。

（如果您选中此框，您将被要求在疫苗接种预约时证实这一点。）

*例外情况：如果未成年人在学校接种疫苗，则需要征得父母或法定监护人的同意；但是否需要家长/法定监护人或指定的成年人在场，则应遵循学校的指南。

